

Bitte zurück an:

ESSO BKK-Pflegekasse
Osterbekstr. 90a
22083 Hamburg



Antrag auf Erhöhung der Pflegestufe

Personalien	
Name, Vorname, Geburtstag des Pflegebedürftigen	Krankenversichertennummer
Anschrift des Pflegebedürftigen Telefon	

Ich beantrage die Zuteilung einer erhöhten Pflegestufe
ab _____
Derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegestufe _____

Erhöhter Hilfsbedarf besteht in folgenden Bereichen
<input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> Bewegung
<input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> sonstiges _____
Die Pflegetätigkeit beträgt jetzt im täglichen Durchschnitt _____ Stunden.
<input type="checkbox"/> Das ärztliche Attest habe ich beigelegt.
<input type="checkbox"/> Pflegedokumentation vom Pflegedienst/Pflegeheim ist beigelegt.

Der behandelnde Arzt ist (bitte nur ausfüllen, wenn kein ärztliches Attest beigelegt ist)	
Name und Anschrift des Haus-/Facharztes	Telefon

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunde dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Falls Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen. Diese Daten werden nach § 60 SGB I i.V.m. § 94 SGB XI erhoben.

Datum

Unterschrift des Versicherten oder Bevollmächtigten